



Применение Шкал И Опросников Для Оценки Состояния Больных После Инсульта

1. Маджидова Ё. Н.
2. Хусенова Н. Т.
3. Бахрамов М. С.
4. Юлдашева М. М.
5. Исамухамедова У. Р.
6. Белова Л. А

Received 2nd Nov 2022,
Accepted 3rd Dec 2022,
Online 24th Jan 2023

^{1,2,3,4,5} Ташкентский Педиатрический
Медицинский Институт

⁶ Ульяновский государственный
университет, Россия

Аннотация: Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и здравоохранения. Для оценки состояния пациентов необходимо применять определенные оценочные системы — шкалы. В статье описаны результаты исследования 85 больных с ОНМК. Правильное представление о состоянии каждого больного позволило обоснованно ставить стратегические и тактические задачи лечения, взвешивать потенциальный риск и преимущества отдельных методов лечения в случаях, когда состояние больного крайне тяжелое и вероятность летального исхода высока. Использование шкал в практике невролога позволяет повысить оперативность принятия решений в вопросах терапии, эффективность прогнозирования исходов инсульта, сравнивать методы лечения.

Ключевые слова: инсульт, качество жизни, Индекс Бартела, шкала Ватерлоу, шкала MMSE.

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и здравоохранения. Показатели заболеваемости в разных странах колеблются от 0,2 до 3 случаев на 1000 населения [5, 7]. В Узбекистане заболеваемость мозговыми инсультами колеблется от 0,9 до 1,5 на 1000 населения, в Ташкенте – 1,5 на 1000 населения [2, 4]. В Узбекистане ежегодно регистрируется более 60 тысяч случаев инсульта (острое нарушение мозгового кровообращения). При этом инвалидность после инсульта составляет 83,8%, а процент госпитальной летальности — 17,3% [2, 4]. При этом около 75 % пациентов, перенесших ОНМК, выживает, однако у большинства из них формируются какие-либо функциональные ограничения различной степени выраженности [3].

В результате инсульта наиболее частым проявлением неврологического дефицита является гемипарез, который, как правило, сохраняется и в дальнейшем. Утрата двигательной функции во многом определяет физическое, психологическое, социальное и духовное состояние больного, т.е. изменяет уровень многих показателей качества жизни [6]. С целью объективизации состояния пациента, оценки тяжести и динамики заболевания, оптимизации

диагностики и лечебной тактики, а также для стандартизации статистического анализа клинического материала необходимо применять определенные оценочные системы — шкалы. Шкалы позволяют унифицировать подходы к всесторонней оценке состояния больного. В диагностике инсульта в настоящее время предложено ряд оценочных шкал.

Цель исследования. Изучить особенности применения шкал и опросников для оценки состояния больных после инсульта.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании под наблюдением находились 85 пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). В зависимости от реабилитационных мероприятий, больные были разделены на две группы — основная группа (первая группа) 55 больных, получивших нейрореабилитацию; группа сравнения (вторая) — больные, получивших стандартную восстановительную терапию (30 больных).

Средний возраст пациентов на момент обследования составил $61,7 \pm 11$ лет (от 26 до 88 лет), мужчин — 55 (64,7%), женщин — 30 (35,3%). Данные о половозрастном составе обследованных больных представлены в таб. 1.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст больных	мужчины		женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25-40 лет	2	2,3	1	1,2	3	3,5
41-50 лет	7	12,7	3	10	10	11,8
51-60 лет	15	27,3	8	26,7	23	27
61-70 лет	24	43,6	14	46,7	38	44,7
71-80 лет	3	5,5	3	10	6	7,1
81-90 лет	4	7,3	1	1,2	5	6
Всего:	55	64,7	30	35,3	85	100

Для оценки повседневной жизнедеятельности использовали шкалу Бартела, где учитывалось состояние пациента. Индекс Бартела, оценивающий повседневную деятельность, способность обслуживать себя, основан на оценке 10 функций с учетом степени их выполняемости [7]. При проведении этой шкалы необходимо опросить больного, его родных или друзей, медперсонал.

Для оценки степени пролежней использовали шкалу Ватерлоу. Шкала Ватерлоу — это эффективный инструмент для предупреждения развития осложнений у частично парализованных, либо полностью прикованных к постели пациентов. Индивидуальная оценка развития пролежней по шкале Ватерлоу позволяет предупредить осложнения, предприняв особые меры по уходу за пациентом. Если некротические изменения начались, возможно назначение соответствующего лечения.

Когнитивные функции оценивались с помощью краткой шкалы оценки психического статуса - MMSE (Mini-Mental State Examination) [9]. Соответственно полученным результатам по шкале MMSE состояние когнитивных функций определялось следующим образом: 28-30 баллов - нет нарушений когнитивных функций, 25-27 баллов - умеренные когнитивные расстройства, 20-24 балла - деменция легкой степени выраженности, 11-19 баллов - деменция умеренной степени выраженности, 0-10 баллов - тяжелая деменция; степень улучшения когнитивных функций определялась следующим образом: незначительное улучшение - увеличение оценки на 1-6 баллов; удовлетворительное - на 7-13 баллов; выраженное улучшение - на 14 и более баллов.

Наиболее часто используемым инструментом является опросник EuroQOL (EQ-5D-5L). Это стандартизированная методика оценки состояния здоровья, разработанная группой EuroQOL как простой универсальный метод для широкого спектра условий и выборок [10]. Время, затрачиваемое на заполнение этой анкеты, составляет примерно 18 мин. Эта шкала позволяет оценивать 5 аспектов здоровья — мобильность, способность к самообслуживанию, ежедневную активность, боль/дискомфорт и тревогу/депрессию. Состояние по каждому параметру оценивается пациентом по 3-балльной порядковой шкале выбора. Это сопровождается визуальной аналоговой шкалой (VAS) для самооценки собственного здоровья пациента от 0 (худшее состояние здоровья) до 100 (лучшее состояние здоровья) [11]. EQ-5D-5L отличается от других методик своей простотой и доступностью для пациента [8].

Статистическую обработку данных проводили при помощи пакета статистических программ Statistical Package for Social Science (SPSS) 23.0 для Windows. Для представления данных использовали следующие показатели: среднее значение, стандартная ошибка средней, стандартное отклонение и проценты. Для парных сравнений непараметрических характеристик использовали t-критерий с двусторонним 5% ($p < 0,05$) уровнем значимости. В таблицах и графиках даны средние результаты с 95% доверительным интервалом.

Результаты и их обсуждение. По результатам данного исследования первичный инсульт был выявлен у 64 (75,3%) больных, а повторный был выявлен у 21 (24,7%) больных.

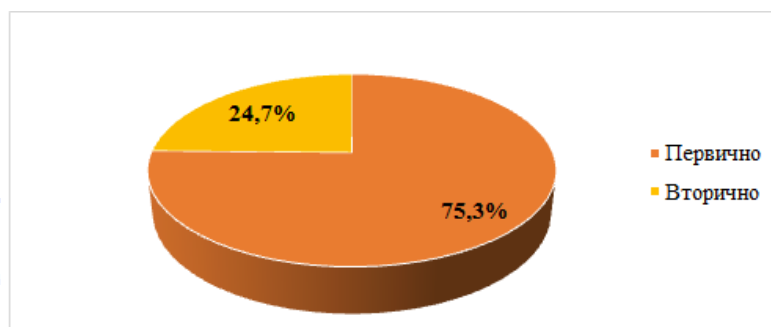


Рис. 1. Выявление инсульта у пациентов

По основной классификации инсультов (по МКБ-10) ишемический инсульт встречался в 75 (88,2 %) случаях, причиной которого было нарушение текучести крови, закупорка артерии тромбом и/или сужении атеросклеротической бляшкой (атеротромботический), спазм сосудов, снижение давления. Чаще развивался в возрасте 50-69 лет. Геморрагический инсульт — встречался в 10 (11,8 %) случаях причиной которого послужил разрыв сосуда в результате повышенного артериального давления, атеросклероза, васкулита, аневризм, нарушения свертываемости. Чаще развивался в возрасте в возрасте 45-60 лет (рис. 2).

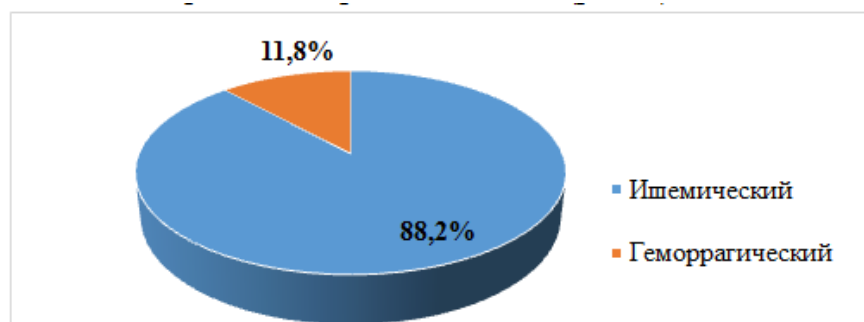


Рис. 2. Виды инсульта в группах исследования

Основные факторы риска развития инсульта приведены на рисунке 3.

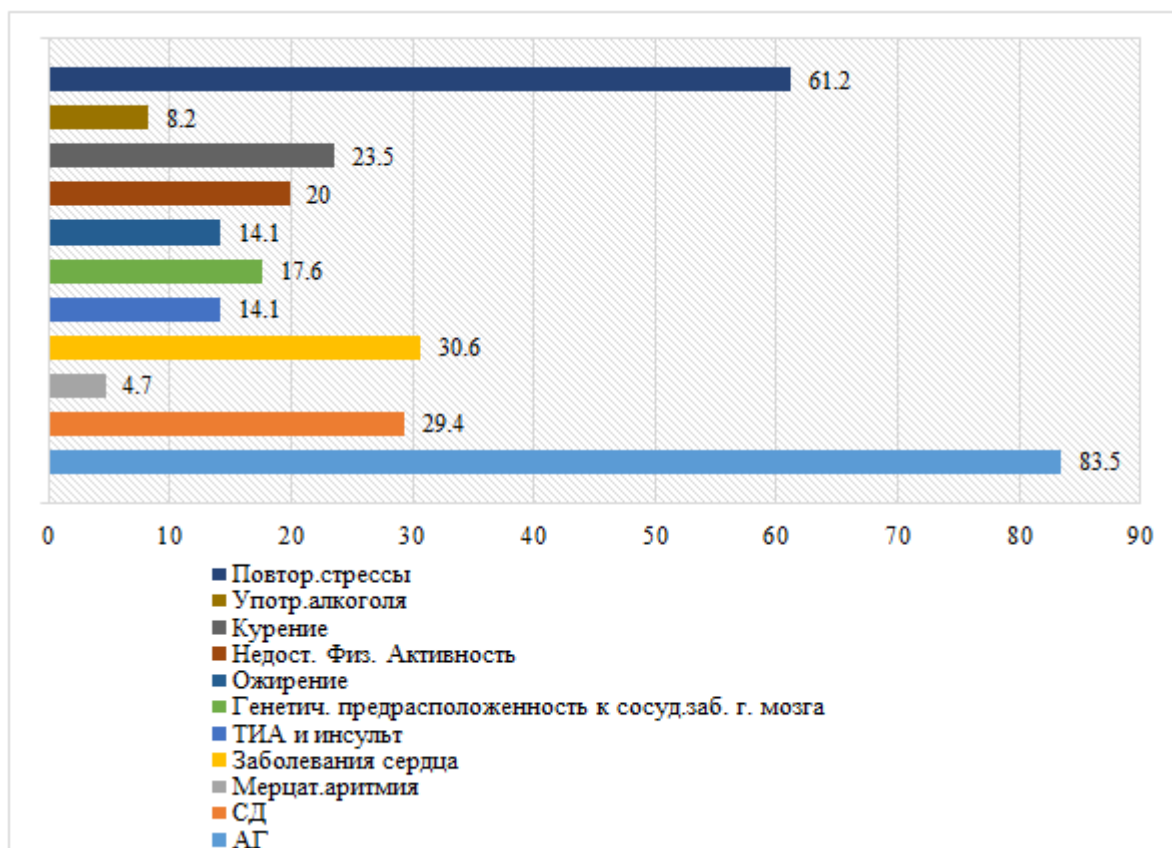


Рис. 3. Распределение факторов риска развития инсульта

Как видно из рис. 3, основными факторами риска развития инсульта послужили в 71 (83,5%) случаях артериальная гипертензия, в 25 (29,4%) – сахарный диабет, в 4 (4,7%) – мерцательная аритмия, в 26 (30,6%) – заболевания сердца (врожденные пороки сердца, инфаркт миокарда), в 12 (14,1%) – предшествующие ТИА и первичный инсульт, в 15 (17,6%) – генетическая предрасположенность к сосудистым заболеваниям головного мозга, в 12 (14,1%) – ожирение, в 17 (20%) – недостаточная физическая активность, в 20 (23,5%) – курение, в 7 (8,2%) – употребление алкоголя, и в 52 (61,2%) случаях – повторные стрессы. Следует обратить внимание на то, что среди пациентов наблюдались такие комбинации факторов риска, как:

- 1) артериальная гипертензия со стенозом сонных артерий, сердечной недостаточностью и ишемической болезнью сердца;
- 2) артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, стеноз сонных артерий, курение, употребление алкоголя и повторные стрессы.

Интегральной характеристикой степени «сохранности» пациента, его возможности к самообслуживанию является индекс Бартела. Показатели от 0 до 20 баллов соответствовали полной зависимости, который выявлен у 7 (12,7%) больных основной группы, и у 8 (26,7%) больных группы сравнения; от 21 до 60 баллов — выраженной зависимости, у 29 (52,7%) основной группы и у 18 (60%) группы сравнения; от 61 до 90 баллов — умеренной, у 12 (21,8%) основной и у 2 (6,7%) группы сравнения; от 91 до 99 баллов — легкой зависимости в повседневной жизни у 7 (12,7%) больных основной группы и у 2 (6,7%) группы сравнения (таб.2).

Таблица 2. Значение баллов по шкале Бартела

Показатели	I группа (n=55)		II группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
от 0 до 20 баллов	7	12,7	8	26,7
от 21 до 60 баллов	29	52,7	18	60
от 61 до 90 баллов	12	21,8	2	6,7
от 91 до 99 баллов	7	12,7	2	6,7

Суммарный показатель баллов по шкале Ватерлоу приведен в таб. 3.

Таблица 3. Значение баллов по шкале Ватерлоу

Показатели	I группа (n=55)		II группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
от 0 до 9 баллов	28	50,9	10	33,3
от 10 до 14 баллов	18	32,7	15	50
от 15 до 19 баллов	8	14,5	3	10
от 20 и больше	1	1,8	2	6,7

Как видно из таблицы 3, у 28 (50,9%) больных первой группы и у 10 (33,3%) больных второй группы не было риска пролежней; риск пролежней существовал у 18 (32,7%) больных первой группы и у 15 (50%) больных второй группы; риск развития пролежней был высокий у 8 (14,5%) больных первой группы и у 3 (10%) больных второй группы; очень высокая степень риска была у 1 (1,8%) больного первой группы и у 2 (6,7%) больных второй группы.

Для оценки когнитивных функций использовалась шкала MMSE, результаты которого приведены в таблице 4.

Таблица 4. Значение баллов по шкале MMSE

Показатели	I группа (n=55)		II группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
29- 30 баллов	2	3,6	-	
28 баллов	3	5,4	1	3,3
25-27 баллов	8	14,5	2	6,7
20-24 баллов	12	21,8	2	6,7
10-19 баллов	18	32,7	9	30
0-10 баллов	-		3	10

Как видно из таб. 4, у 2 (3,6%) пациентов первой группы не было когнитивных нарушений; легкие когнитивные нарушения наблюдались у 3 (5,4%) пациентов первой группы и у 1 (3,3%) из второй группы; умеренные когнитивные нарушения наблюдались у 8 (14,5%) пациентов первой группы и у 2 (6,7%) второй группы; легкая деменция была у 12 (21,8%) пациентов первой группы и у 2 (6,7%) второй группы; умеренная деменция была у 18 (32,7%) пациентов первой группы и у 9 (30%) второй группы; тяжелая деменция была у 3 (10%) пациентов второй группы.

В таблице 5, представлены баллы групп исследования по опроснику EQ-5D-5L.

Таблица 5. Значение баллов по опроснику EQ-5D-5L

Баллы	I группа (n=55)		II группа (n=30)	
	абс.	%	абс.	%
0-20 баллов	-		1	3,3
21-40 баллов	4	7,3	11	36,7
41-60 баллов	21	38,2	13	43,3
61-80 баллов	19	34,5	4	13,3
81-100 баллов	11	20	1	3,3
Итого	55	100	30	100

Как видно из таблицы 5, во второй группе у 1 (3,3%) больного было от 0-20 баллов; в первой группе у 4 (7,3%) больных было от 21-40 баллов, во второй группе у 11 (36,7%); от 41-60 баллов было у 21 (38,2%) больных первой группы, во второй группе у 13 (43,3%); от 61-80 баллов было у 19 (34,5%) больных первой группы, во второй группе у 4 (13,3%); от 81-100 баллов было у 11 (20%) первой группы, и у 1 (3,3%) больного во второй группе.

Выводы: Полученные результаты позволили сделать следующие выводы. Оценка состояния пациента с помощью шкал отличается своей объективностью и точностью. У больных получивших нейрореабилитацию были отмечены значительно лучшие результаты по шкалам и опросникам, чем у больных получивших стандартную восстановительную терапию. Правильное представление о состоянии каждого конкретного больного позволяет обоснованно ставить стратегические и тактические задачи лечения, взвешивать потенциальный риск и преимущества отдельных методов лечения в случаях, когда состояние больного крайне тяжелое и вероятность летального исхода высока. Кроме того, применение шкал позволяет объективно принимать решение по вопросам длительности пребывания больного в стационаре, перемещений из одного подразделения в другое и выписки из больницы. Применение шкал позволяет повысить оперативность принятия решений в вопросах терапии, эффективность прогнозирования исходов инсульта, сравнивать методы лечения.

Список литературы

1. Гусев, Е.И. Неврология. Национальное руководство / Е.И. Гусев [и др.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 680 с.
2. Маджидова Ё. Н., Сагатов Д. Р. Ранняя реабилитация ишемического инсульта у лиц молодого возраста //Клиническая неврология. – 2010. – №. 1. – С. 9-10.
3. Маджидова Ё. Н. Современная терапия хронической ишемии мозга с включением многоступенчатого применения цитофлавина. – 2012.
4. Рустамов Б.К. Автореферат кандидатской диссертации «Морфологические и морфометрические изменения внутримозговых сосудов при инсультах у женщин фертильного возраста»//Ташкент; – 2010 г.
5. Скворцова В.И., Иванова Г.Е., Стаховская Л.В. Итоги реализации Программы по снижению заболеваемости, смертности и инвалидизации от цереброваскулярных заболеваний в РФ. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции «Острые нарушения мозгового кровообращения». – Самара, 2012. С. 5–17.
6. Турдиев Ш.М. Динамика уровня смертности населения в Узбекистане (краткий литературный обзор)//Биология и интегративная медицина – Бухара, – 2018 – № 4 – стр. 20–26.

7. Addo, J. Impact of implementing evidence-based acute stroke interventions on survival: the South London stroke register / J.Addo[et al.]/PLOS One. – 2013. – Vol.8(4). – P.581–590.
8. Akhmadeeva LR, Abdrashitov TM, Samigullina GD, et al. What the quality of life after a stroke depends on. Russian family doctor 2004; (4): 26–29.
9. Duncan, P. W. Outcome Measures in Acute Stroke Trials: A Systematic Review and Some Recommendations to Improve Practice / Duncan P. W., Jorgensen H. S., Wade D. T. // Ibid. — 2000. — Vol. 31. — P. 1429 — 1438.
10. Fermont JM, Blazeby JM, Rogers CA, Wordsworth S, on behalf of the By-Band-Sleeve Study Management G. The EQ-5D-5L is a valid approach to measure health related quality of life in patients undergoing bariatric surgery. 2017;12(12):e0189190.
11. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental State. Journal of Psychiatric Research. 1975;12:189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
12. Group E. EuroQol-a new facility for the measurement of healthrelated quality of life. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 1990;16(3):199–208.
13. Gusi N, Olivares P, Rajendram R. The EQ-5D Health-Related Quality of Life Questionnaire. 201:87–99.
14. Mechanotherapeutic Installation "K-Flex" and Parallel Rail "Support E-400" in Recovery of Walking in Stroke Patients. Research journal of trauma and disability studies Volume: 01 Issue: 08 | August – 2022
15. Nabievna, M. Y., & Muzaffar, Z. (2022). Literatural review of the relevance of the problem of neurosaisds. *Modern Journal of Social Sciences and Humanities*, 4, 558-561.
16. Nabievna, M. Y., & Muzaffar, Z. (2022). Modern View on the Pathogenesis of Hiv Encephalopathy. *Spanish Journal of Innovation and Integrity*, 6, 478-481.